


AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR ☐ BENEFICIARIO ☒ INTERMEDIAR ☐ OT ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA ☐ INDEMNIZACIÓN ☒ PRESTACIÓN DE SERVICIO ☐ CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES FABIAN ANDRES	PRIMER APELLIDO MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO PAZ
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C	NÚMERO 1061726573	FECHA EXPEDICION 26/03/2008
DIRECCION: CALLE 10 #13-17	CIUDAD: POPAYAN	DEPARTAMENTO: CAUCA
TELEFONOS: N/A	FAX:	CELULAR: 3168242562

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

NÚMERO DE CUENTA 0550196000857256	CORRIENTE ☐ AHORROS ☒	CÓDIGO DEL BANCO 51
BANCO DAVIVIENDA	SUCURSAL POPAYAN	CIUDAD POPAYAN

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	CIUDAD EXPEDICION
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION	FAX

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: _____

En constancia se firma en: **POPAYAN** a los **(26)** del mes de **DICIEMBRE** de **2024**.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural

1061726573 Pn1
